

Kmp.....

.....
(miejscowość, data)

Komornik Sądowy
przy Sądzie Rejonowym w Koninie
Zbigniew Styczyński
Kancelaria Komornicza nr VI w Koninie
ul. Beryłowa 3/4
62-500 Konin

WNIOSEK O ZAŚWIADCZENIE W ALIMENTACH

Przedstawiciel ustawy:
(nazwisko i imię)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały(a)
(adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu)

działający(a) w imieniu alimentowanych (wierzycieli):

1. ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)
2. ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)
3. ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

Dłużnik(czka)
(nazwisko i imię)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały(a)
(adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu)

Proszę o wydanie zaświadczenia:

o bezskuteczności egzekucji do Funduszu Alimentacyjnego

--	--

do zasiłku rodzinnego

za rok:

--	--

do stypendium

za okres

--	--

do dodatku mieszkaniowego

za okres

--	--

Odbiór zaświadczenia:

osobisty

wysyłka na wyżej wskazany adres

.....

(podpis)